



Nombre del Cliente		La Fecha de Nacimiento (mm-dd-yyyy)	
Dirección Postal		Apt/Suite/Lot #	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono

SOLICITUD PARA REVISAR O RECIBIR UNA COPIA DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar este documento, afirmo que entiendo el siguiente procedimiento. Me puedo poner en contacto con el Departamento de Registros Médicos de View Point Health con respecto a cualquier pregunta por (678) 209-2403 or MedRecs@VPHealth.org

1. Mi equipo clínico revisará los registros para determinar si hay preocupaciones de que el acceso a estos registros pondría en peligro la vida o la seguridad física de mí o de otra persona y, por lo tanto, puede negar mi solicitud.
2. **View Point Health tiene 30 días calendario para completar esta solicitud.**
Se me pedirá que pague una tarifa que se facturará a mí por mis registros, después de que mi solicitud sea revisada.
3. Entiendo que si estoy solicitando revisar mis registros, me contactarán para programar una cita durante el horario comercial regular de View Point Health.

Quisiera una copia de los registros. **Deseo revisar los registros identificados a continuación.**

POR FAVOR, ELIJA EL MÉTODO DE ENTREGA

- Enviado por correo a mí (dirección listada anteriormente)
- Electrónico vía el correo electrónico (indique su dirección de correo electrónico) _____
- Nota: La información médica protegida enviada electrónicamente estará protegida por contraseña.*
- Recogida en una ubicación de View Point Health Location (Especifique la ubicación) _____

Fechas de Servicio Solicitadas: DE _____ A _____

Tipos de Registros (marque todos los que correspondan)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo | <input type="checkbox"/> La diagnosis | <input type="checkbox"/> Fechas/Tiempos de cita | <input type="checkbox"/> Notas del progreso
<i>(excluye notas de psicoterapia)</i> |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Estado de facturación | <input type="checkbox"/> Resumen de descarga | |
- Otros, por favor especifique: _____

Precios de recuperación de Archivos Médicos

Tarifa de copia por página para páginas (1-20):	\$0.75	<i>Si se solicita el registro completo, tenga en cuenta que su factura puede ser aproximadamente más de \$100.00</i>
Tarifa de copia por página para páginas (21-100):	\$0.65	
Tarifa de copia por página para páginas (over 100):	\$0.50	

Firma del cliente (obligatorio) ▶	Fecha (obligatorio) (mm-dd-yyyy)
---	---

Nombre impreso de la persona que firma (si no es cliente) (Nombre completo)
--

Relación a cliente: <input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Representante Legal Autorizado
Si está firmado por el tutor legal/representante autorizado del cliente, la documentación legal debe acompañar este formulario si no está ya en el archivo. Si no se presenta una prueba de autoridad legal, la solicitud no será válida.

▶ Envíe una fotocopia de la parte frontal y posterior de su identificación con foto con esta forma
SE ACEPTA CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: Licencia de conducir válida, tarjeta de identificación emitida por el DMV, libro/tarjeta de pasaporte, tarjeta de Seguro Social, identificación de trabajo del empleado, identificación de estudiante, Medicare u otra tarjeta de salud.